Córdova y Valois (P.)

TESIS

PARA

EL EXAMEN PROFESIONAL

DE

MEDICINA Y CIRUJIA,

POR

PABLO CÓRDOVA Y VALOIS,

ALUMNO

DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MEXICO.

De las afecciones sifilíticas en los huesos.



MEXICO: 1869.

TIPOGRAFIA DEL COMERCIO, DE N. CHAVEZ,
A CARGO DE J. MORENO.
Calle de Cordobanes núm. 8



A mi amigo y compañero Libra
Vega prueba de afecto.

Pablo Córdova

...ayo 14 de 1870.

A LA MEMORIA

DE

MIS PADRES.



AL SEÑOR

D. Ladislao de la Pascua.



En la mayor parte de los enfermos, la sífilis se detiene en el periodo secundario, es decir, en su segundo acto. La sífilis se cura, ó á lo menos el individuo continúa viviendo en la mas perfecta salud con todos sus atributos, sin que la diátesis revele su existencia por nuevas manifestaciones.

En algunos, al contrario, despues de haber recorrido todos los fenómenos pertenecientes á los accidentes secundarios, pasa la sífilis á la última faz, en donde vá á producir una sucesion de accidentes numerosos y variados, cuyo conjunto constituye la sífilis terciaria. En el periodo secundario no atacaba mas que la piel, las mucosas, el globo ocular, las uñas, los cabellos; en el terciario, vá á estenderse á todos los órganos, á todos los tejidos subyacentes. Ningun punto de la economía estará ya al abrigo de sus ataques. El tejido celular, el tejido fibroso, el tejido huesoso, los músculos, el cerebro, el corazon, el pulmon, el hígado, el bazo, los riñones, todas las víceras, en una palabra, estarán en peligro de ser invadidas por la enfermedad.

La sífilis debe ser invariablemente precedida de accidentes secundarios, y ¿no podria en ningun caso producirse repentinamente, sin tener por principio otro accidente que el chancro?

Esta cuestion ha sido resuelta de diversa manera por los autores. Unos han pretendido que el periodo secundario puede faltar y las lesiones del tercer periodo pueden suceder inmediatamente á un chancro infectante. Otros han sostenido con mas razon, que los accidentes terciarios son siempre y como fatalmente precedidos de los secundarios. Esta opinion es la que sigue M. Cullerier y la mayor parte de los autores.

Antes, cuando se suponia al mercurio propiedades profilácticas que no tiene, cuando se le atribuia el quimérico poder de impedir el desarrollo de las manifestaciones secundarias, los adversarios de la opinion de Cullerier que he espuesto antes, sacaban de esta falsa manera de ver un argumento de algun valor. Puesto que el mercurio, decian, detiene la evolucion de la sífilis; puesto que previene los accidentes secundarios, estos últimos pueden faltar, y la sífilis terciaria aparecer sin haber sido precedida por la secundaria.

Pero el mercurio no previene la sífilis secundaria. Y como se sabe, el mercurio es reconocido como un buen específico para curar las lesiones secundarias, pero de ninguna utilidad para impedir el desarrollo de estos accidentes, y lo único que podrá hacer el mercurio como agente profiláctico será moderar el curso y atenuar la gravedad de los accidentes secundarios, pero del todo impotente para impedir su desarrollo.

La opinion contrararia ha podido prevalecer, cuando se administraba el mercurio contra todas las enfermedades venéreas sin escepcion, desde la blenorragia mas ligera hasta el chancro infectante. Pero hoy que se administra con mas conocimiento y que solo se da cuando es necesario, se sabe muy bien que la sífilis es invariable en su marcha, y que nunca pasa por sus diferentes edades sin detenerse.

La ciencia ha registrado algunos casos relativamente muy raros de sífilis terciaria apresurada. Estas escepciones se han producido tres ó cuatro meses apenas despues del chancro infectante. Pero es ordinariamente mucho mas tarde que se manifiestan los accidentes de este periodo. No aparecen en general sino al fin de un año ó año y medio despues que ha principiado la infeccion. Esta es la regla general; pero si los casos que se apresuran son raros, nada es mas comun que los que se desarrollan despues de un tiempo mas ó menos largo.

Un enfermo tiene un chancro, despues una roseola, pópulas, alopecia ó cualesquiera otro accidente secundario. Su chancro se cicatriza. su roseola se borra, su cabello vuelve á nacer. Ha tomado mercurio, yoduro de potasio, y se encuentra en apariencia curado. Diez ó veinte años, y aun treinta pasan, sin que su salud sufra la menor alteracion. Despues un dia la sífilis que dormia en él despierta, y se manifiesta por una goma, una ecsóstosis, una caries, una necrosis ó cualesquiera de los accidentes terciarios.

Estas exhumaciones tardías han hecho creer á algunos autores, al mayor número tal vez, que la sífilis es

incurable. Y es necesario convenir por contrario que sea á su opinion de uno, que este argumento por especioso que sea, tiene un gran valor, y tanta mas fuerza que no se le puede refutar.

Un hombre infectado á la edad de veinte años, sucumbe á los sesenta, despues de haber vivido cuarenta sin el menor accidente que recordase la enfermedad primitiva. Se presenta este hecho, del que está uno autorizado á concluir que la sífilis es curable; pero á esto se objeta que si este individuo hubiese vivido un año mas, habria tal vez sido atacado de una lesion terciaria.

Y á esto que responder?

Pero la mayor parte de los autores tienen opiniones favorables á la curabilidad de la sífilis en la mayor parte de los casos. Esta opinion la fundan en que los accidentes terciarios son muy raros comparados con respecto á los secundarios. Y casi todo el mundo está persuadido que la diátesis venérea se agota y cede frecuentemente al tratamiento bien dirigido contra ellos, sea á los esfuerzos del organismo para espulsar el principio deletéreo. Desgraciadamente esta extincion de la enfermedad, no solo no es atestiguada por ninguna prueba cierta, ni se revela por ningun indicio. El momento en que se efectúa es inaccesible, y cualesquiera que sea su conviccion de uno sobre la curabilidad de la sífilis, nunca podrá garantizar á tal enfermo su completa curacion.

Los accidentes terciarios siguen en su evolucion una marcha, que sin ser tan regular como la de los accidentes secundarios, sin embargo, no es completamente desordenada. Entre ellos hay algunos precoces y otros

tardíos. La intocsicacion sifilítica es la primera condicion de su desarrollo, pero esta condicion es favorecida por muchas causas adyuvantes. En primer lugar, pondremos la abstencion ó la insuficiencia del tratamiento profiláctico por escelencia, del yoduro de potasio; despues el temperamento linfático ó escrufuloso; por último, una mala higiene, en la cual se comprende el conjunto de causas debilitantes tan numerosas que concurren á gravar las enfermedades.

¿Las materias secretadas por las lesiones terciarias, son directamente contagiosas como las que producen las lesiones secundarias? Creo que sobre esto aun no se han hecho esperiencias que lo hayan probado. Sin embargo, creo que su virulencia debe ser trasmisible, pues no veo razon por la que una pústula de ectima dé un pus contagioso, y el que dá la úlcera que sucede á una goma no lo sea. Tal vez lo será á un grado menor, puesto que la sífilis de que emana es mas antigua; pero lo probable es que posea esta propiedad en ciertos límites.

Hay una opinion muy repartida entre todo el mundo, y es que la sífilis terciaria puede trasformarse en escrófula en su trasmicion por herencia. Esto es lo que algunos médicos creen tambien, pero esta teoría no reposa en realidad, sino en una cierta analogía de aspecto entre las diversas manifestaciones de la estruma y de la sífilis terciaria; porque los hechos que se refieren son raros y problemáticos. No hay nada concluyente que permita admitir esta manifestacion hybrida.

Si como han creido, la sífilis, al pasar del padre ó de

la madre al niño, sufriese esta degeneracion estrumosa, la escrófula deberia ser muy comun en los paises en donde la sífilis lo es. Mas segun Langlebert, en los paises meridionales de Europa, en donde la sífilis abunda, en donde se seba con tanta intensidad como frecuencia, la escrófula es rara. Y esto no sucederia si la diátesis escrofulosa no fuera en alguna manera mas que la metamórfosis de la sífilis.

Que la sífilis terciaria como cualesquiera otra causa debilitante, favorezca el desarrollo de la escrófula, el hecho es posible. Pero no obra entonces sino indirectamente, y no trasformándose ella misma en sus partes, por decirlo así, en otra enfermedad; lo que seria muy contrario á todas las leyes conocidas de la patología general. M. Bazin, dice: "Las enfermedades constitucionales pueden coexistir, pero jamas se sustituyen la una á la otra."

Los diversos accidentes por los cuales se hace conocer la sífilis terciaria, pueden dividirse como los secundarios, en plásticos y húmedos, segun su tendencia á la concrecion ó á la ulceracion. En el número de los primeros se cuentan las ecsóstosis, las periostitis, ciertos tumores fibroplásticos que se forman en el tejido fibroso y muscular, en el hígado, el pulmon, el testículo, etc.; entre los segundos se cuentan las gomas ó tumores gomosos subcutáneos, cuya supuracion es tan fácil, las caries y las necrosis.

Tan solo me ocuparé de los accidentes terciarios que se presentan en el tejido huesoso, para no hacer muy estenso este imperfecto trabajo.

I.

El esqueleto huesoso es uno de los sitios de predileccion de la sífilis terciaria. Todos los huesos y su periosteo pueden ser afectados; pero las partes del esqueleto que están protejidas por grandes masas carnosas, son menos espuestas que las que se encuentran situadas superficialmente, tales como la cara anterior de la tibia, el esternon, la clavícula, el borde interno del cúbito, el borde externo del rádio, los cóndilos ó cabezas articulares de los huesos largos, los macsilares, los huesos de la nariz, y en general todos los del cráneo y de la cara.

Las diversas afecciones sifilíticas del sistema huesoso, comprenden: los dolores osteócopos, las periostitis ó periostosis, la osteitis, la ecsóstosis, la caries y la necrósis.

Diré algo sobre cada una de estas afecciones; limitándome tan solo á lo mas notable, sin hablar tampoco de su tratamiento, pues ademas de ser ya muy conocido, seria dar mucha estension á este trabajo.

Dolores osteócopos.—Toda lesion sifilítica de los huesos ó del periosteo, ordinariamente es acompañada de dolores especiales, que los autores describen con el nom-

bre de dolores osteócopos. Estos dolores, algunos los consideran como constituyendo una entidad morbosa, es decir, una nevralgía particular. Ellos no son nunca, sino el síntoma de una alteracion venérea del tejido huesoso ó perióstico, síntoma muy penoso para el enfermo, pero precioso para el médico, al que permite reconocer desde su principio una lesion profunda que ningun signo esterior revela aun, ni á la vista ni al tacto.

Los dolores osteócopos pueden tener por sitio todas las partes del esqueleto que he enumerado antes: pero afectan de preferencia las regiones en donde el tejido huesoso es mas compacto y mas denso. La parte media de la tibia es la que atacan mas frecuentemente.

Estos dolores se desarrollan espontáneamente. Al principio vagos y difusos, no tardan á localizarse y á limitarse en un punto poco estenso y exactamente circunscrito. Entonces se hacen agudos, desgarrantes y parece á los enfermos, segun una comparacion imaginada por Melchior Robert, que sus huesos están sometidos á una fuerte compresion, ó que son agujerados por una barrena. El mas ligero contacto, la menor presion les es insoportable. Es raro felizmente que este dolor sea contínuo; mas comunmente cesa ó á lo menos se debilita en el dia, pero renace con toda su intensidad en la noche, sobre todo, se presenta con mayor intensidad por lo general, de las once de la noche á las cinco de la mañana. Esto no es que la presencia ó ausencia de la luz, ejerza influencia alguna sobre el dolor osteócopo. Si es mas violento en la noche en las horas del reposo, depende únicamente de la accion ecsitante que produce

sobre él el calor de la cama. Y la prueba de esto es, que los individuos cuya profesion les obliga á permanecer en vela en las noches y dormir en el dia, en ellos los dolores osteócopos son diurnos; así como tambien sucede lo mismo en aquellos individuos cuya profesion les exige estén cerca de un foco de calor, los dolores son contínuos; esto demuestra claramente que no es la noche la que los desarrolla, sino el calor.

Por violentos que sean los dolores osteócopos, es raro que den lugar desde su principio á una modificacion apreciable de las partes blandas que cubren el hueso afectado. Lo mas comun es que la piel conserve por largo tiempo al nivel de los puntos dolorosos, su calor, su movilidad y su consistencia normales. Tarde ó temprano, sin embargo, estos puntos son el sitio de una lesion material del hueso ó de su periosteo.

Pero si el estado local no se hace notar por ninguna alteracion visible, no sucede lo mismo con el estado general de los enfermos. La vivacidad del dolor, su permanencia en un mismo lugar, y sobre todo, las largas vigilias que ocasiona el mismo dolor, acaban siempre por alterar notablemente su constitucion. Los enfermos palidecen, pierden el apetito, sus digestiones se hacen difíciles y laboriosas, y no son suficientes para reparar sus perdidas fuerzas: lo que poco á poco los conduce, si el mal se prolonga, á un estado de desfallecimiento y de marasmo, que viene á aumentar aun el desaliento de que se apodera su espíritu.

Es importante no confundir, como lo hacen algunos

autores, los dolores osteócopos con los dolores reumáticos que sobrevienen al principio del periodo secundario de la sífilis. Con solo recordar que los dolores reumatoides tienen por sitio la vecindad de las articulaciones ó el espesor de los músculos, que son vagos, que no ocupan el mismo lugar siempre, sino que son erráticos que se moderan por la presion en lugar de aumentar, y nunca tienen el grado de agudeza ó de violencia que presentan los dolores osteócopos; esto es bastante para no confundir estos dolores secundarios con los terciarios. Con atencion y el mas lijero exámen, es bastante para distinguir estos dolores del reumatismo y de las nevralgias ordinarias.

Periostitis.—La periostitis, como todas las lesiones sifilíticas del sistema huesoso, se manifiesta de preferencia en los lugares del esqueleto mas cercanos de la superficie tegumentaria: la parte media de la tibia, las clavículas, los maleolos, la cabeza del peroneo y las otras partes que ya antes indiqué.

Los autores distinguen tres variedades: la periostitis flegmonosa, la periostitis gomosa y la periostitis plástica ó periostosis.

La periostitis flegmonosa se anuncia por dolores osteócopos. Estos dolores se limitan en un punto fijo, al nivel del cual no tarda en desarrollarse un tumor cuyo volúmen aumenta rápidamente. La piel que lo cubre al principio fria y móvil, pronto se enrojece, despues se adelgasa y se agujera en uno ó varios puntos, por los cuales sale un pus espeso y flegmonoso, que despues

se hace claro, seroso, mal unido, como sucede en todos los abcesos que interesan el tejido huesoso. Si un tratamiento enérgico no modifica pronto esta afeccion, las partes blandas se destruyen y resulta una ulceracion profunda, que tiene por base la superficie misma del hueso, la cual es siempre mas ó menos afectada de caries. Esta forma de periostitis es bastante rara. No se le observa mas que en los individuos linfáticos ó escrofulosos.

La periostitis gomosa se acompaña de dolores osteócopos, pero son menos vivos que en la variedad anterior. El tumor cuyo volúmen puede variar desde el tamaño de una avellana hasta el de un huevo de paloma, se desarrolla lentamente y no ofrece síntomas inflamatorios. Encierra derramado entre el hueso y el periosteo un líquido semejante á goma disuelta que da al tacto una fluctuacion vaga. Este líquido es del todo análogo y tal vez idéntico con el líquido contenido en los tumores gomosos del tejido celular.

Esta periostitis por lo regular se termina por resolucion; el líquido contenido en el tumor se reabsorve, y por lo mismo el tumor desaparece gradualmente, sin que quede rastro ninguno de su existencia. Pero algunas veces el tumor sufre la fusion purulenta, y da lugar á la formacion de un abceso, y entonces sucede lo mismo que lo que he dicho pasa en la periostitis flegmonosa y sus consecuencias son las mismas.

La periostistis plástica ó periostosis que tambien se llama, es uno de los accidentes mas comunes de la sífilis terciaria. Esta lesion á la cual se dá especialmen-

te el nombre de periostosis, aunque algunos autores lo dan indistintamente á todas las periostitis, comienza igualmente por dolores osteócopos, que preceden de léjos la formacion de un tumor difuso, duro, sin fluctuacion y que es constituido por una especie de linfa plástica repartida, sea entre las láminas del periosteo ó entre el hueso y esta membrana. Puede suceder y algunas veces sucede, que esta materia se reabsorve y trae por consecuencia la desaparicion del tumor; pero lo mas comun es que se organiza. Se hace primero fibro–cartiloginoso, despues en el seno de esta masa concreta se desarrollan uno ó muchos puntos de osificacion que van aumentando de volúmen é invadiendo el tumor en toda su estension. Pero llega el momento en donde este tumor es aun distinto del hueso y está separado por una lámina de tejido cartilaginoso. Mas poco á poco esta lámina se osifica á su vez: la periostosis se suelda á la superficie del hueso y hace cuerpo con él. A esta alteracion se le ha dado el nombre de ecsóstosis epificiaria, cuyo desarrollo orgánico imita perfectamente el modo de formacion de la epitroclea, el epicondilo y de todas las epífisis del esqueleto.

La periostitis plástica ó periostosis tiene una marcha esencialmente crónica. La piel que cubre el tumor, siempre permanece fria y móvil en su superficie. Los dolores esteócopos que la acompañan van disminuyendo á medida que el mal se envejece y que la osificacion hace progresos; ellos se estinguen completamente desde que este trabajo morboso se termina.

II.

Osteitis.—La inflamacion sifilítica de los huesos no presenta ningun carácter particular que la distinga de la osteitis comun ó escrofulosa; solo sin embargo, el dolor osteocopo que le es comun con todas las afecciones del sistema huesoso engendradas por la sífilis terciaria. Aquí aun encontramos las dos formas que hemos señalado ya en las diversas manifestaciones de la sífilis: la osteitis húmeda ó de tendencia supurativa y la osteitis plástica La plástica se desarrolla generalmente sobre las partes duras y compactas de los huesos y se termina por ecsóstosis; la humedad ocupa de preferencia las partes espongiosas y areolares y se termina por caries ó necrosis.

Osteitis plástica, ecsóstosis.—La osteitis plástica es siempre como la periostitis del mismo nombre, precedida de dolores esteócopos, largo tiempo antes que ningun signo esterior la descubra. Estos dolores, por su intensidad y resistencia, son el solo indicio del trabajo morboso que se opera en el espesor del hueso. La trama

huesosa se hace lentamente el sitio de una hinchazon inflamatoria; poco á poco sus fibras se separan y en los intersticios que dejan entre sí, se esparce una linfa plástica y organizable, que al fin de cierto tiempo se coagula, endurece y se trasforma ella misma en una masa huesosa. Resulta una verdadera hipertrofia del hueso que da lugar á un tumor sólido resistente, de consistencia ebúrnea y al que se le ha dado el nombre de ecsóstosis parenquimotosa para distinguirla de la periostosis ó ecsóstosis epificiaria.

El diagnóstico diferencial de la osteitis plástica y de la periostosis, ó por mejor decir, de la ecsóstosis plástica y de la ecsóstosis epificiaria, es muy difícil. Algunas veces es imposible establecerlo en el vivo. Felizmente, el tratamiento de estas dos enfermedades es el mismo. Poco importa, pues, bajo el punto de vista terapeútico una determinacion exacta de su especie. Existen, sin embargo, algunos signos que en ciertos casos pueden servir para distinguirlas.

La ecsóstosis epificiaria tiene una marcha mas rápida; su evolucion es muy fácil, menos dolorosa que la de la ecsóstosis parenquitomosa, lo que se comprende fácilmente, puesto que el tumor desarrollándose en la superficie del hueso no es impedido por ningun obstáculo. Este tumor es mejor circunscrito, menos difuso, se limita mas exactamente de las partes del hueso que han quedado sanas; su superficie es tambien menos regular y presenta aboyaduras mas numerosas y mas marcadas que en la otra variedad. Pero estos son mas bien simples matices que verdaderos caractéres distintivos.

Y ademas, que estos matices no se pueden notar y apreciar mas que en ciertos lugares particulares.

El pronóstico de estas lesiones tiene una gravedad absoluta y otra relativa Por sí mismas no son temibles, pero pueden hacerse peligrosas segun el sitio que ocupan. Hay ecsóstosis que por la compresion que ejercen sobre ciertos órganos, y por las turbaciones funcionales que resultan, comprometen al mas alto grado la salud del enfermo y pueden aun traer la muerte.

Una ecsóstosis de la tibia, del cúbito, puede impidiendo la circulacion del miembro, determinar una hinchazon edematosa de su estremidad libre; puede tambien traer una parálisis y la atrofia de ciertos músculos. Se han visto luxaciones de la clavícula producidas por estos tumores. Pero estos accidentes no son nada comparados con los desórdenes incalculables que pueden traer las ecsóstosis del cráneo y de la cara.

La hemiplegia, la paraplegia, la demencia, la epilepsía y multitud de otras alteraciones de la sensibilidad y de la motilidad no tienen otro orígen muy frecuentemente sino el desarrollo de una ecsóstosis intracraniana. Una ecsóstosis intra-orbitaria espulsa el ojo de su cavidad natural. El tumor ocupa el fondo de la órbita, ella puede comprimiendo el nervio óptico ó uno de los nervios motores del ojo. traer por consecuencia la ceguera ó el estravismo. Si se desarrolla en el interior de la roca, la sordera y la parálisis del nervio facial pueden ser el resultado. Se vé algunas veces ecsóstcsis del macsilar superior, producir por su estension hácia el canal nasal un derrame de lágrimas en el saco lacrimal, y por

consecuencia, la fistola de este nombre. Señalemos por último, la paraplegia como consecuencia posi''e de compresiones ejercidas sobre la médula por ecsóstosis intravertevrales. Se puede imaginar la multitud de accidentes que ocasionan las ecsóstosis segun el lugar que ocupan, y por lo mismo, su gravedad mayor ó menor depende del órgano comprimido y de la importancia de este para el desempeño completo de las funciones vitales que le están enconmendadas.

Osteitis húmeda; caries y necrosis.—La osteitis húmeda ó supurativa. se termina lo mas frecuentemente por la caries ó la necrosis del hueso afectado. Pero nótese de paso que la caries y la necrosis no son en el fondo si no una misma cosa, las dos son la gangrena del hueso. La caries es una gangrena molecular; se efectúa partí cula por partícula, de una manera lenta y progresiva. La necrosis al contrario, ataca á la vez una porcion del hueso, la cual se separa de la parte viva y se hace entonces como un cuerpo estraño, al cual los cirujanos le han dado el nombre de secuestro, y que la naturaleza busca á eliminar exitando al rededor de él una supuracion abundante.

La caries y la necrosis sifilíticas, afectan de preferencia los huesos del cráneo y de la cara. El frontal, los parietales, los huesos propios de la nariz, los cornetes, el vomer, los huesos palatinos y el macsilar superior son su sitio mas comun. Se les ha observado tambien, pero mas rara vez en la clavícula, en las costillas, el esternon, y las estremidades de los huesos largos. Los

huesos y los cartílagos de la laringe pueden tambien ser afectados.

La formacion de hinchazones huesosas en la vecindad de las articulaciones, en los individuos sifilíticos, ha hecho admitir á algunos autores, tumores blancos de naturaleza venerea, ó á lo menos una influencia ejercida por la sífilis sobre su produccion y sobre su marcha La semejanza que existe entre los accidentes terciarios y las manifestaciones de la escrófula, ha hecho creer á algunos autores, que estas dos diatesis, la sifilítica y la escrofulosa podian combinarse y producir alteraciones mixtas, procedentes á la vez de una y otra. No sé has ta que punto estas diversas combinaciones sean verdaderas. Ignoro si la sífilis y la escrófula cuando se encuentran en un mismo lugar, conservan su independencia ó se modifican recíprocamente. La observacion demuestra sin embargo, que los individuos estrumosos ó de temperamento linfático exagerado, son casi los solos en los que se encuentran estos tumores blancos supuestos sifilíticos. Pero segun M. Bazin, el papel que hace en esto la sífilis es tan solo dispertar las manifestaciones de la escrófula y tal vez aumente la intensidad; pero sin alterar en nada su fisonomía y sus caractéres patognomónicos.

No insistiré sobre los diversos síntomas ó lesiones mas ó menos graves, segun el sitio que ocupan, que pueden producir la caries y la necrosis sifilíticas. Este estudio pertenece á la patología externa. Me conformaré con señalar, entre las consecuencias mas frecuentes y mas temibles de este género de alteracion, la deformacion ó

la pérdida total de la nariz, la perforacion de la bóveda palatina la destruccion de los huesitos de la oreja, la caida del borde alveolar y de los dientes incisivos del macsilar superior, el tumor y la fístola lacrimales, la tísis laringea en fin, la inflamacion del cerebro ó de sus membranas de cubierta, por la que se termina casi siempre y de una manera funesta la caries y la necrosis de la cara interna de los huesos del cráneo.

Entraré sin embargo en algunos detalles sobre las osteitis nasal y palatina, que son las que se observan mas comunmente en la práctica.

La caries y la necrosis de los huesos de la nariz comienzan de una manera lenta é incidiosa. El enfermo se cree al principio afectado de un simple catarro: su olfato se debilita: siente hacia la raiz de la nariz un dolor sordo, una sensasion de pesantez acompañada de un ligero lagrimeo y una molestia mas ó menos grande en la respiracion nazal. A estos síntomas que pueden durar largo tiempo sin que ninguna lesion aparente revele la gravedad del trabajo morboso que se prepara, sucede una secrecion muco-purulenta espesa yde un olor excesivamente fétido. Una parte de este líquido se solidifica sobre la superficie que la secreta, y de tiempo en tiempo costras verdiosas representando algunas veces la figura de los cornetes, son espulsadas en los esfuerzos que hace el enfermo para sonarse. Mas tarde fragmentos huesosos, mortificados y eliminados por la supuracion, son igualmente expulsados. Si los cornetes solamente son el sitio de la necrosis, el enfermo podrá curar sin deformidad ninguna visible; pero si el vómer

y los huesos propios son destruidos al mismo tiempo, la bóveda de la nariz se aplasta mientras que las ventanas y la estremidad libre de estos órganos se levantan, lo que da á la nariz un aspecto enteramente característico.

Cuando la caries y la necrosis no atacan mas que los cornetes y el vómer, la piel queda en general intacta; pero no es lo mismo cuando el mal invade tambien los huesos propios de la nariz. La piel que los cubre se enrojece y se hace dolorosa; el dorso de la nariz se hincha, se ensancha; sus salidas desaparecen y se siente bajo el dedo una especie de fluctuacion crepitante, debido á la presencia del aire en el tegido celular subyacente. Algunas veces uno ó muchos pequeños absesos se forman y dan lugar á trayectos fistulosos que duran mas ó menos tiempo y por los cuales escurre una supuracion saniosa y fétida, cargada de restos huesosos. En otras circunstancias, la eliminacion de los sequestros se efectúa del lado de la mucosa nasal, lo que generalmente es menos grave. Por último, puede suceder que los cartílagos de la nariz sean ellos mismos atacados y destruidos; que tubérculos cutáneos, tumores gomosos destruyan enteramente las partes blandas, y dejen descubierta completamente el interior de las fosas nasales, no dejando al enfermo otro recurso para reparar tan repugnante deformidad que la rinoplastia ó usar una nariz artificial. Estos accidentes, antes muy comunes, son ahora muy raros, gracias á una terapéutica mas racional y sobre todo al empleo del yoduro de potasio.

La osteitis de la bóveda palatina es siempre precedida de un dolor fijo; pero generalmente poco vivo, situado

en la union de los dos huesos palatinos ó de los apofisis palatinos de los macsilares superiores. Algunas veces esta osteitis se termina por una ecsóstosis llamada medio palatina que M. Chassaignac ha señalado el primero. Pero comunmente trae la destruccion de una parte de la bóveda palatina, de donde resulta una comunicacion directa entre la boca y las fosas nasales. Un hecho muy singular es que el trabajo de mortificacion no da ordinariamente lugar mas que á sensasiones tan poco marcadas, que la mayor parte de los enfermos no lo notan sino cuando los alimentos y las bebidas, siguiendo un falso camino, llegan á la nariz, y que las secreciones de la pituitaria se esparcen en la cavidad bucal. A este inconveniente ya muy grave se une una notable perturbacion de la voz, que se hace indistinta y nasal á consecuencia del paso de una columna de aire á través del medio perforado.

Cuando la pérdida de sustancia no es muy considerable, puede repararse espontáneamente. Pequeños botones carnosos se desarrollan sobre los bordes de la abertura, y acercándose se sueldan entre sí de manera á llenar el espacio que existe en el hueso Pero si la perforacion es muy estensa, la cicatrizacion es impotente para operar la oclusion, y queda una abertura arredondada ú ovalar, que solo un obturador artificial podrá hacer desaparecer sus funestos efectos.

El diagnóstico de la caries y de la necrosis sifilítica se establece, en general, con facilidad segun el lugar que ocupe la afeccion, el estado constitucional del enfermo, sus antecedentes, los síntomas que presente, y

sobre todo por los resultados del tratamiento específico. No olvidemos sin embargo, que un individuo que presenta antecedentes sifilíticos puede ser afectado de caries debida á la escrófula. El diagnóstico se hace entonces muy obscuro, en vista de la naturaleza de la afeccion. Pero como el tratamiento es casi el mismo tanto en uno como en el otro caso, la incertidumbre en que se puede uno encontrar no podria traer consecuencias fatales para el enfermo.

M Follin, últimamente ha indicado un carácter propio á la caries sifilítica, que M Ricord habia señalado ya: "Si se pudiese, dice, examinar el rededor de la caries ó de las necrosis superficiales de los huesos del cráneo, se encontraría una disposicion que esclareceria el diagnóstico, porque recuerda los semicírculos de ciertas sifílis anulares ó semi-anulares." Este carácter, que solo se puede descubrir despues de la muerte, no puede servir sino solo para la anatomía patalógica, pero no para el diagnóstico.

No creo de ninguna manera haber llenado el objeto de esta tésis, por no presentar interes ninguno, pues no tiene nada nuevo que pueda llamar la atencion; pero es lo único á que se prestan mis conocimientos y mi ninguna práctica, en un punto tan importante de patología; pero solo servirá de que alguna persona de capacidad é instruccion, tome por estudio este punto tan importante.

P. C. y V.